

## **Tra cronicità e desiderio. Una esperienza di intervento psicologico clinico entro i Servizi di Salute Mentale.**

**Federica Di Ruzza\***

### *Abstract*

L'articolo propone il resoconto di un tirocinio in psicoterapia psicoanalitica entro un Centro Diurno Psichiatrico afferente ad un Dipartimento di Salute Mentale del Lazio. Il tirocinio si connota quale occasione di intervento psicologico clinico utile a cogliere e trattare la domanda di un contesto organizzativo in cambiamento. In particolare la funzione psicologica implementata attraverso il tirocinio consente di ridefinire problemi con utenza e committenza in termini di questioni interessanti da esplorare, partendo dal riconoscimento di assetti collusivi che orientano l'agire del Servizio e che rendono difficile riconoscere nelle impertinenze una richiesta di rapporto. Attraverso azioni interpretative e l'attivazione di un gruppo per utenti è stato possibile leggere queste impertinenze in termini non di caratteristiche individuali ma come prodotti di modelli di rapporto, costruendo nuove categorie contestuali utili alla comprensione della domanda di utenza e committenza.

*Parole chiave:* salute mentale; cronicità; crisi; medicalizzazione; desiderio, tirocinio.

### *Premesse*

L'articolo si propone come resoconto di un tirocinio in psicoterapia psicoanalitica entro un Centro Diurno Psichiatrico afferente ad un Dipartimento di Salute Mentale del Lazio. L'intervento psicologico clinico nasce nel 2010 entro un rapporto di tirocinio per un corso di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica, e si sviluppa successivamente come rapporto di lavoro orientato a cogliere e trattare la domanda di un contesto organizzativo in cambiamento. In particolare la funzione psicologica implementata attraverso il tirocinio consente di ridefinire problemi con utenza e committenza in termini di questioni interessanti da esplorare, partendo dal riconoscimento di assetti collusivi che orientano l'agire del Servizio. Un obiettivo di questa funzione è stato quello di favorire il riconoscimento di un senso relazionale e contestuale ad eventi considerati impertinenti, vale a dire situazioni, comportamenti, emozioni ritenuti inadatti e inattesi, da scartare, rifiutare, da considerare errori o sintomi individuali. Attraverso azioni interpretative e l'attivazione di un gruppo per utenti è stato possibile leggere queste impertinenze in termini non di caratteristiche individuali ma come prodotti di modelli di rapporto, costruendo nuove categorie contestuali utili alla comprensione della domanda di utenza e committenza.

L'articolo ha dunque come obiettivo quello di contribuire alla riflessione sul rapporto tra intervento psicologico-psicoterapeutico e contesti organizzativi entro cui si sviluppa. L'interesse è quello a partecipare alla costruzione di letteratura utile alla conoscenza di interventi psicologici entro servizi che sembra siano confrontati con importanti cambiamenti culturali e organizzativi.

### *Tracce di storia culturale dei servizi di salute mentale*

Sappiamo che alla base della legge 180/78 con cui si avvia la chiusura dei manicomi italiani c'è la scelta di

---

\* Specialista SPS in psicoterapia psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

Basaglia di fare propria la critica alle istituzioni totali inaugurata dalla letteratura psicosociale inglese, che riconosce nella istituzionalizzazione l'origine di molti fenomeni con cui si manifesta la malattia mentale: passività, dipendenza, regressioni non sono considerati epifenomeni individuali ma eventi psicosociali e collettivi (Goffman, 1961/1968; Basaglia, 1968).

Come tutte le grandi istituzioni totali, il manicomio possiede una mandato sociale fortemente permeato da ambiguità. Si tenta di costruire spazi e tempi “ordinati” capaci di contenere e controllare quote di variabilità sociale vissute come minaccioso disordine e attribuite al folle. Mettere dentro per tenere fuori, dunque. Al controllo sociale, però, si accompagna un tentativo di cura, un trattamento che poggia la propria legittimazione attorno al pensare la psichiatria ed il suo intervento alla stregua del modello etiopatogenetico che orienta l'intervento medico. Ma la psichiatria non è in grado di rintracciare e rimuovere le cause dell'alterazione né è in grado di costruire un patto consensuale tra medico e paziente circa il riconoscere la malattia e la necessità della cura stessa<sup>1</sup> (Carli & Paniccia, 2011).

La psichiatria, così, fa proprio il mandato del controllo e sostituisce alla cura intesa *sensu stricto* una serie complessa di interventi, che nasce dalla commistione di sperimentazioni chemioelettriche pseudoscientifiche e riferimenti religiosi intrecciati al senso comune usati come organizzatori di attività ergoterapiche e pratiche “moralizzanti” (Fiorino, 2002, 2011).

Entro questo panorama, obiettivo esplicito della legge 180 è quello di attivare la chiusura degli ospedali psichiatrici, intesi come contesti che negano l'esistenza stessa del contesto e, quindi, i riferimenti primi della malattia mentale. La nuova “psichiatria antipsichiatrica”, portavoce e attivista di questa nuova visione, si pone così in netto contrasto con quella accademica a cui critica la focalizzazione su fattori genetici e biochimici; vede tra le proprie fila una generazione di psichiatri che si forma in manicomio ma “sciopera” di fronte alla macchina elettroconvulsivante, che propone una lettura antropologica della malattia mentale e politica delle dinamiche di potere sottese a custodialismo ed emarginazione (Carli & Paniccia, 2011).

Lo sfondo entro cui questa legge assume connotati è quello degli anni '70 del '900, un periodo storico che ha visto l'approvazione di numerose leggi capaci di mettere in discussione equilibri sociali da tempo immutati: viene introdotto lo statuto dei lavoratori, varato l'istituto del referendum, affermata la parità tra uomini e donne sul lavoro; inizia l'integrazione dei disabili nella scuola dell'obbligo, nascono i consultori, nascono le facoltà di psicologia di Roma e Padova, viene istituito il Sistema Sanitario Nazionale. E' un periodo caratterizzato dalla valorizzazione della diversità e dalla curiosità per condizioni di fragilità fino ad ora tenute nascoste, rifiutate, considerate da tenere fuori dal “consorzio umano” e dai contesti produttivi. Ora “chiunque” sembra possa trovare voce, esprimersi, sperimentare un cambiamento della propria condizione sociale ed essere “visibile” alla collettività, ad esempio attraverso il ricorso a sistemi di cura nazionalizzati. Non solo malati mentali, dunque, ma anche disabili, donne, giovani, disoccupati, che prima della riforma sanitaria avevano “bisogno di un parente” per poter usufruire di prestazioni sanitarie erogate dalle casse mutue organizzate in base ad appartenenze a categorie di lavoratori (Taroni, 2011).

Lo sfondo storico e culturale entro cui si sviluppa la legge 180 è, dunque, caratterizzato da una potente ridefinizione del senso sociale della fragilità, vissuta come oggetto interessante, attraente e non compassionevole di attenzione. Il malato mentale, simbolo di libertà, creatività, impulsività ed estro, appena uscito dal manicomio, viene così reintrodotta in famiglia; una famiglia, però, difficilmente vissuta come “portatrice di una domanda”, di sostegno, comprensione, piuttosto colpevolizzata perché incapace di riconoscere la ricchezza del diverso che essa stessa ha prodotto e quindi rifiutato. Questione centrale è “abbattere” ogni valore “benpensante” proponendo al suo posto un nuovo conformismo in cui al potere e alla gerarchia, riferimenti fondamentali dell'Italia postbellica e dell' “istituzione manicomio”, sia sostituito il mito dell'uguaglianza, della solidarietà, della diversità.

Questo fermento e i processi di colpevolizzazione dei contesti che avevano rifiutato il diverso hanno svolto la funzione di acceleratore del cambiamento; un cambiamento tumultuoso, repentino, idealizzato che ha preso il sopravvento sulla possibilità di costruire apparati concettuali e organizzativi in grado di sostenerlo entro la specificità di contesti differenti. D'altro canto il processo di territorializzazione dei servizi,

---

<sup>1</sup> A tal proposito, avventurandosi nella letteratura dedicata e nei documenti originali, non è raro incappare in denunce e verbali delle forze dell'ordine quali attivatori del “ricovero in manicomio” (Fiorino, 2002, 2011).

immaginato quale alternativa capillare e contestuale al centralismo del manicomio, è stato un processo lento e faticoso, che ha trovato definizione legislativa soltanto a partire dagli anni '90.

### *La struttura dei servizi di salute mentale in Italia*

Con il Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1994-1996" si propone una lettura di sintesi degli sviluppi che hanno fatto seguito alla chiusura dei manicomi e all'avvio dell'intervento territoriale. Si riconosce, in particolare, come la legge 180/'78 abbia avuto la capacità di intercettare e al contempo inaugurare una cultura dell'intervento sanitario in grado di gettare le basi per rivedere tutto il sistema sanitario italiano, favorendo una ridefinizione più capillare e "nazionalizzata" dell'assistenza e delle strutture deputate ad erogarla. Si riconosce anche, però, come, a 15 anni dalla sua emanazione, lo stato dell'arte dei servizi di salute mentale sia piuttosto eterogeneo per tipologie di strutture, interventi, professionalità coinvolte, scambio e capacità di documentare il proprio lavoro. Si constata la nascita delle prime associazioni di familiari che rivendicano interventi efficienti e prossimi, associazioni presso cui "la 180" non gode della stessa stima con cui se ne parla su giornali e "tra operatori sanitari": alla chiusura dei manicomi in alcuni territori non ha fatto seguito la costituzione di reti diffuse sul territorio e gli ospedali generali si fanno carico di interventi generici e improvvisati, spesso in condizioni di degrado a cui fanno seguito le prime denunce. Allo spontaneismo e all'affanno con cui le Regioni sembrano rispondere al cambiamento, il DPR oppone linee guida centralizzate che si auspica trovino realizzazione operativa nel lavoro dei territori specifici. In particolare si pensa alla istituzione di Dipartimenti di Salute Mentale quali strutture complesse deputate a organizzare, presidiare, monitorare, coordinare gli interventi territoriali in materia di salute mentale. E' con il Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998/2000" che le linee guida tracciate nel precedente progetto trovano definizione operativa e viene proposta una definizione più puntuale del modello organizzativo dipartimentale. In particolare le componenti organizzative costitutive del DSM sono indicate nel DPR come:

- Centro di Salute Mentale (CSM), che si occupa di analisi della domanda e attività diagnostica; definisce i programmi di prevenzione, cura e riabilitazione personalizzati e si occupa di coordinare attori e attività in essi implicati
- Centro Diurno (CD), struttura semi-residenziale che propone interventi terapeutico-riabilitativi ricreativi e "socializzanti" orientati alla "autonomia" degli utenti, sia in termini di cura del sé che della possibilità di avviare attività lavorative
- Strutture Residenziali terapeutico - riabilitative e socio-riabilitative (CT), che ospitano utenti in regime residenziale, offrendo assistenza sanitaria e attività ricreative
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), servizio ospedaliero in cui vengono attuati servizi psichiatrici volontari e obbligatori in condizione di ricovero.
- Day Hospital, servizio di assistenza semi-residenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) diviene così una struttura complessa che funge da ponte tra ospedale e territorio. Si occupa di salute mentale mediante interventi di prevenzione, cura e riabilitazione per tutta la cittadinanza; i pazienti gravi che furono ospiti del manicomio e i cittadini in giovane età di cui "intercettare precocemente i segni del disagio" sono descritti quali interlocutori privilegiati di un intervento che si auspica concertato in rete con agenzie e istituzioni territoriali come scuola, associazioni, famiglie, medicina di base; una rete territoriale che sembra fungere da garante capace di scongiurare "nuove forme di istituzionalizzazione".

### *L'esperienza nel Centro Diurno MS*

#### *Indizi di cultura organizzativa. Eventi critici e sospensioni quali premesse dell'intervento*

Come abbiamo visto, quella del Centro Diurno (CD) è una struttura che nasce negli anni '90 entro il progetto di territorializzazione dei Servizi di Salute Mentale che succede la chiusura dei manicomi. Attraverso un mandato sociale di riabilitazione, articolato in finalità aggregative, di cura e inserimento lavorativo, il CD si occupa di un'utenza accomunata da importanti problemi psichiatrici inviata, per di più, da Centri di Salute Mentale (CSM/CCSSMM) appartenenti al medesimo Dipartimento o a quelli di territori limitrofi.

L'equipe del CD laziale di cui parliamo è composta da uno psichiatra, responsabile del servizio, uno psicologo e sei educatori professionali, a cui si aggiunge un numero variabile di volontari e tirocinanti afferenti ad alcune Facoltà di Psicologia e Scuole di Specializzazione in psicoterapia.

I servizi offerti si articolano in laboratori creativi e ricreativi di sport, artigianato, visite guidate, realizzati presso la sede del Centro, strutture convenzionate o "in giro" per la città. I laboratori sono tenuti da tecnici e maestri d'arte coordinati dalla equipe. I tirocinanti partecipano ai laboratori e alle attività di segreteria in affiancamento ad operatori e tecnici.

L'ipotesi di base che organizza le attività corrisponde alla possibilità di immaginare che la relazione tra operatori e utenti venga completamente riorganizzata entro una cornice di regole altra rispetto a quella che organizza la relazione sanitaria: giocare insieme a calcio, guardare e commentare un film, cucinare sono azioni che, attorno a una cosa terza, permettono ai partecipanti, chiunque essi siano, di essere *davvero* giocatori, spettatori, cuochi. Rinunciare alla fantasia della cura ha qui come alternativa inventare oggetti rispetto a cui stare in rapporto e scambiare.

Arrivo nel Servizio in qualità di tirocinante per il Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica dello Studio di Psicosociologia SPS. Il tutor del tirocinio è lo psichiatra responsabile del Servizio.

“Dovremo introdurre il tempo nel CD... qui ci occupiamo di cronici!” sono le parole con cui, sulla porta, mi saluta il responsabile, prima di un incontro finalizzato a concordare a quali questioni lavorare mediante l'occasione del tirocinio. Nel colloquio che segue si delineano alcune questioni interessanti: il CD, nel tempo, ha diversificato la propria proposta di attività e iniziative, investendo sul coinvolgimento di maestri d'arte affermati, sulla possibilità per gli utenti di costruire competenze e manufatti capaci di avere mercato ed essere valutati come “di qualità”, costruire reti di rapporti con giornalisti, registi, cuochi, skipper, circoli e circuiti “di nicchia” desiderabili per la società. Entro questo panorama sembra affacciarsi l'affanno di inventare sempre nuovi pretesti e progetti.

A questo punto che vuol dire “introdurre il tempo”, “occuparsi di cronici” in rapporto all'impegno con cui si perseguono qualità e desiderabilità sociale?

### *L'equipe: tra fuga e possibilità*

#### *I miti*

Occasione privilegiata per cominciare ad orientarsi entro la cultura del Servizio è la riunione di equipe, appuntamento settimanale finalizzato a coordinamento, progettazione e monitoraggio delle attività proposte. Ciascun operatore è referente per un gruppo di attività mentre il responsabile si occupa principalmente di tenere le fila dei rapporti con interlocutori istituzionali della stessa A.S.L. o afferenti a Municipio, Consulte per la Disabilità, Enti locali che, a vario titolo, sono coinvolti nel processo di progettazione e verifica di interventi in materia di malattia mentale.

Ciascun operatore, se interviene, *aggiorna* i colleghi riportando *informazioni* circa le specifiche attività in cui è coinvolto. Le informazioni vengono riportate schematicamente in un verbale. Il responsabile *aggiorna* sulle questioni trattate negli incontri interistituzionali. Gli utenti vengono nominati per di più quando coinvolti in qualche evento *extra-ordinario*: litigi, piccoli furti nella dispensa, umori inattesi da “tenere sotto controllo”. Anche in questo caso la comunicazione avviene mediante la *messa a verbale di informazioni* e l'istaurarsi di un clima di attesa su possibili sviluppi degni di interesse o intervento da parte dell'equipe. Se lo scambio tra operatori diviene vivace o si scosta dal modello dello scambio di informazioni è possibile che assuma i connotati di un vociare diffuso e confuso, che pare contenibile solo dal richiamo del responsabile alle regole ferree da lui stesso “proposte”: durante la riunione non si parla se non alzando la mano, non si masticano gomme, non si beve, non si prendono appunti “non autorizzati”. Il richiamo alle regole, poi, è solitamente

seguito dal riferimento a norme burocratiche emanate dal Dipartimento, da accordi istituzionali, dal Municipio o da qualche altro attore, regole “che vincolano in modo stringente” l’operatività del Servizio; una lamentela rivolta “al fuori” che ha l’effetto di sedare la confusione e tenere tutti uniti contro un comune nemico esterno.

Lo scambio, inteso come occasione mediante cui pensiamo con un altro che ci chiede qualcosa, differente dalle dinamiche di aggiornamento, pare essere vissuto come minaccioso e definitivamente conflittuale. E pare che la conflittualità rimandi a esperienze di limite e differenza difficili da riconoscere ed utilizzare. Nonostante si distinguano per mansioni, età, formazioni, esperienze, gli operatori si raccontano come “pari”, “uguali”. Mi si invita a partecipare alla sdifferenziazione: lo psicologo del Servizio, in particolare, mi invita a dimenticare chi io sia ed i motivi per cui sia lì; mi invita a dipingere, disegnare, recitare, giocare a calcio, a patto di dimenticare di essere una psicologa. Dopotutto lui ha fatto così, sono anni che si occupa di sport e questo “fa bene ai pazienti”.

Sembra che in questo contesto si *reagisca* alla tecnicità, sia essa della psicologia o dell’intervento specialistico sanitario in senso più ampio. L’intervento psichiatrico e psicologico in ambito sanitario hanno, infatti, una tradizione di erogazione di prestazioni tecniche scollate da una domanda. Lo abbiamo visto con il potere violento entro il manicomio ma anche con le vicissitudini post 180: test, colloqui, gruppi finalizzati più all’affermazione di un potere (incompetente) e della propria identità che non al perseguimento di obiettivi entro contesti di convivenza e organizzazioni (Carli, 2008; Lisci & Baraldi, 2012). Il problema del reagire, però, è che si propone l’annullamento delle competenze come alternativa all’uso della tecnica senza teoria. E al posto di una tecnica senza teoria si affaccia spesso un’altra tecnica senza teoria. Ricordo, al tal proposito, una partita di calcio in cui utenti e operatori appartenenti alla medesima squadra, confrontandosi su alcuni passaggi della partita arrivano alle mani con violenza: la cornice calcistica pare esser divenuta tanto vera – e nella sua deriva più violenta - da crollare, sostituendosi completamente alla specificità di funzioni e del contesto “Centro Diurno”. Una specificità che, sempre di più, pare coincidere con la possibilità di presidiare e continuare ad interrogare la dimensione ambigua di contesto riabilitativo e aggregativo, di struttura intermedia che si confronta con la difficoltà di aver riconosciuto il limite della cura e di immaginare nuove piste di sviluppo in rapporto a una domanda.

Si diceva: sono stata invitata a dimenticare, ma sappiamo che invitare qualcuno a dimenticare qualcosa è, implicitamente, una sollecitazione a pensarci. Dunque invitarmi a scordare di essere una psicologa diviene non solo invito a rinunciare alla tecnicità ma anche ad utilizzare delle competenze psicologiche in rapporto ai problemi del contesto organizzativo. Alla luce di quanto detto pare complessificarsi la domanda al progetto di tirocinio che, provocato, sembra esser convocato a contribuire a pensare queste nuove piste di sviluppo per il Servizio.

Ma torniamo alla cultura dell’uguale e alla sdifferenziazione. Non si può misconoscere l’esistenza della differenza fino in fondo. Da qualche parte si ripresenta. Ce l’hanno anticipato le regole che compaiono come “vaccino” alla confusione durante la riunione. E’ il caso della figura dello psichiatra responsabile del Servizio e tutor del tirocinio. Impegnato con pubblicazioni su riviste scientifiche di settore, docente presso scuole di specializzazione, formando in psichiatria negli anni della 180, sostenitore della “rivoluzione basagliana” si distingue da tutti gli altri. Figura ponte tra dentro e fuori del servizio, il responsabile viene considerato collante carismatico dotato di potere e capacità superiori. Capace di *domare conflitti*, *spiegare* sintomi ed eventi in cui sono coinvolti gli utenti, *intuire* possibili percorsi tra le maglie della burocrazia, *ideare* attività laboratoristiche innovative nei contenuti e in collaborazione con professionisti ed enti *prestigiosi*, capaci di costruire una immagine sociale del CD come di un Servizio *desiderabile*, d’eccellenza, tanto da ricevere invii anche da zone lontane della città. Una posizione essa stessa prestigiosa che, come abbiamo visto nel caso delle regole, porta ad agiti e interventi che tradiscono profonda solitudine.

#### *La domanda*

Si diceva che la conflittualità pare debba essere domata, negata e traslata all’esterno. Nella schiera dei “nemici esterni” un posto privilegiato pare riservato ai CCSSMM invianti. In particolare, nelle riunioni di equipe si fa spesso riferimento alla presenza di “invii tardivi” che compromettono la possibilità di intervenire con ampi margini di cambiamento. L’“invio tardivo”, a circa dieci anni dall’inizio del rapporto tra Servizi di

Salute Mentale e utente, è raccontato come un problema perché “limita l’investimento che si potrebbe fare sulle parti sane del paziente”, quelle su cui investe il CD lottando a favore delle “autonomie” e contro la “psichiatriizzazione del disturbo”. La soluzione auspicata è quella di stipulare *accordi* con i CSM, dopo aver *spiegato* loro che i CD e le strutture riabilitative “non sono un’ultima spiaggia” ma importanti contesti di intervento, “spazi transizionali utili a far evolvere fermenti evolutivi altrimenti sopiti nella cronicità” (Maone & Ducci, 1998, p. 14 ). Ma il “problema dell’invio tardivo”, seppur lungamente discusso nella letteratura di settore oltre che nelle riunioni del nostro CD, pare non essere il solo. Sappiamo che il CD, servizio deputato ad occuparsi di “pazienti indimettibili”, che mantengono con i servizi un rapporto di dipendenza prolungata, pazienti con cui se ne è provate “di tutti i colori” (Maone & Ducci, op. cit., p. 19 ), propone un modello educativo prodotto del faticoso cambiamento culturale succeduto alla chiusura dei manicomi, fatto di consigli, sproni, rimproveri bonari, che paiono confortevoli con gli ospiti più anziani che hanno esperienza del manicomio. Ma comincia a ricevere domande “estrane”. Il CSM, infatti, invia al CD casi differenti dall’utenza storica a cui si dedica ormai da oltre vent’anni: non solo casi di psicosi “conclamate o con recidive sistematiche”, con reti sociali scarse e dipendenza dalle strutture. Anzi, la “nuova utenza del CD”, definita “impredicabile ed ineffabile”, pone alcune questioni a cui pare che il CD abbia difficoltà a rapportarsi: richiede informazioni sui progetti di intervento che la equipe costruisce, dichiara noia, “interrompe velocemente” il rapporto con il Servizio, pone il problema di conciliare la frequentazione dei laboratori con attività formative o lavorative, richiede “appartenenza” ad un contesto ma non che questo si occupi di lui in termini di riabilitazione. Tutte questioni che sembrano molto diverse da quelle incontrate finora, che vedono una utenza *bisognosa* di interventi in cui sono gli operatori a *farsi carico* di suggerire l’implicazione in attività o *preoccuparsi* di conciliarle con quelle di altri contesti, entro un rapporto che non conosce “dimissioni”. Questi nuovi invii sono raccontati come *precoci* o assolutamente *fuori luogo*.

“Tardivo”, “precoce”, “cronico”, “storico”. Parole emozionate con cui sembra che il CD tenti di cominciare a parlare il tempo entro il proprio intervento. Parlare il tempo come simbolo della possibilità di mettere a verifica il proprio lavoro, raccontando le “impertinenze” nella prassi che si fa fatica ad ignorare, sintomi, indizi di qualcosa che avviene nel rapporto tra utenza e operatori ma per i quali pare difficile riconoscere risorse e dotarsi di strumenti.

Che vuol dire avere a che fare con pazienti che non guariscono e che sembrano facilitare nuove dinamiche di istituzionalizzazione e dipendenza? Cosa fare con pazienti che, invece, pare abbiamo più di una difficoltà a fidarsi e a stare al patto secondo cui è il Servizio a farsi carico di scegliere per loro?

Il mito dell’uguaglianza, del prestigio e del potere carismatico, assieme al pretendere di occuparsi delle sole parti sane del paziente e di lottare contro lo stigma sembrano così rispondere ad esigenze differenti. Problemi “storici” per i servizi di salute mentale, come ovviare il problema dell’impossibilità della cura con cui la psichiatria si confronta, dichiarando altrove la presenza di limiti da valicare (società, burocrazia, committenti, etc.); garantire la continuità dell’intervento nonostante l’angoscia di occuparsi di malattia mentale e della sua incurabilità, provando a costruire, con scarsi risultati, “buone prassi” trasversali e condivisibili. Problemi nuovi, come costruire criteri di lettura e intervento con una utenza che non pare avere reti sociali scarse o stigmi contro cui lottare ma piuttosto questioni a cui i CCSSMM hanno difficoltà a lavorare da soli.

In altri termini, potremmo dire che i miti di cui abbiamo parlato sembrano ancorare l’esistenza dei Servizi alla sola esistenza della malattia mentale che, assoluta, non può che attivare angosce profonde di impotenza e contagio a cui, storicamente, la psichiatria ha risposto sostituendo alla tipica finalità medica della cura, quella politica della restituzione dei diritti di cittadinanza e di potere a chi socialmente non ne ha (Maone & Ducci, op. cit.). Il potere di questi miti, però, trova oggi un limite di fronte a nuove situazioni che, a forza e in modo fallimentare, si prova a trattare con gli stessi strumenti. Domanda e committenza, intesi quali utili ancoraggi per la costruzione di ipotesi ed interventi, però, sembrano ancora “questioni” impertinenti, variabilità da contenere attraverso conflittualità, spiegazioni, burocrazia, potere. Una sorta di limbo in cui, forse, non è un caso si trovi un servizio definito “struttura intermedia”, una struttura con una collocazione vissuta come “difficile” tra il “dentro” delle istituzioni e dei Servizi e il “fuori” del territorio, tra ideologia e valori da un lato e competenza dall’altro, tra ruoli deboli e possibili funzioni utili.

### *L'utenza*

La "nuova utenza", si diceva, è definita tale in rapporto alla "vecchia utenza", quella vissuta come "nota". Quest'ultima è costituita non solo da persone con una esperienza dei Servizi di Salute Mentale nata con il manicomio, ma anche da giovani utenti con diagnosi gravi e esperienze di vita apparentemente limitate al solo rapporto con il circuito psichiatrico.

Eppure alcuni indizi sembrano condurre altrove. Durante i mesi estivi le attività ordinarie del CD si sospendono e lasciano il posto ad uscite di un giorno o soggiorni in località di mare, laghi, piscine. E' durante una di queste occasioni di "vacanza" che alcuni utenti afferenti a questo "secondo gruppo", che nell'ordinario si raccontano attraverso sintomi, diagnosi, discorsi *cronici*, iniziano a parlarmi di esperienze di lavoro, relazioni amorose, percorsi formativi, a vario titolo intrecciati con le esperienze di malattia. Allo stesso modo i "nuovi utenti", quelli che nel servizio non riescono a "trovare una collocazione nemmeno nei progetti più innovativi" e "difficili da convincere" circa la bontà delle attività consigliate, colgono l'occasione per cominciare a raccontare ricoveri in SPDC succeduti ad abuso di droghe, ricoveri e abusi che cominciano ad essere ricordati in rapporto a lunghi pomeriggi "parcheeggiati" all'università come alternativa al pensare le proprie scelte formative e un difficile inserimento nel mondo del lavoro. Racconti che rendono molto più artificiosa la scissione tra nuova e vecchia utenza per come finora ha orientato la lettura dei cambiamenti, per ridefinirla in base ad alcune variabili di contesto.

Che indizi sono? Faccio l'ipotesi che questi "racconti atipici" siano stati resi possibili da una "sospensione". Ciò che sembra essere sospeso, però, è solo apparentemente il "dentro le mura" del CD. Ricordiamo che la maggior parte delle attività infatti avviene fuori dalla struttura, con una ideologia del fuori concretamente inteso come vaccino alla istituzionalizzazione e allo stigma sociale. Pare piuttosto che a sospendersi sia l'ideologia stessa e la valorialità con cui dare senso agli eventi: l'ideologia del forzare una domanda entro una tecnica, una attività, delle finalità definite a prescindere da un interlocutore.

Ritengo utile condividere l'ipotesi con il dott. D., responsabile del CD, entro un incontro di monitoraggio del tirocinio. Recupero così altri frammenti della storia del Servizio che arricchiscono il quadro. Negli anni precedenti lo stesso dott. D. avvia due attività di gruppo, successive l'una all'altra: la prima con il fine di avviare un confronto con gli utenti sulle attività laboratoriali, la seconda con quello di esplorare le questioni portate dall'utenza più *giovane* che sembrava sempre più numerosa. Due esperienze accomunate dal tentativo di "inaugurare una cultura della parola" entro un contesto fortemente permeato dall'azione, in cui spesso operatori e utenti condividono "esperienze di gruppo" ma in cui le relazioni vengono "agite" entro il contesto stesso dell'azione di laboratorio.

Ripensare la storia di queste esperienze di gruppo, in rapporto alla *reversibilità e alla sospensione* che sembra attività estive e tirocinio sollecitino, ci ha permesso di condividere l'interesse ad occuparci dei cambiamenti che sembrano coinvolgere il CD attraverso l'esplorazione delle simbolizzazioni affettive con cui gli utenti investono il rapporto con il Servizio. L'ipotesi fondante è che queste possano fungere da bussola entro il progetto di analisi della domanda necessario a riorientare l'intervento del Servizio stesso. Esplorazione per la quale si è pensato utile costruire un dispositivo per "rimettere dentro" quegli indizi preziosi "fatti fuori" dall'ordinario, un contesto di gruppo specificamente dedicato chiamato Gruppo Ponte. Come abbiamo visto, fino ad oggi, la funzione integrativa, di ponte, di connessione tra parti, tra dentro e fuori del Servizio, sembra essere stata attribuita a fatica al responsabile stesso, con una identificazione tale da istituire una rappresentazione di quest'ultimo come di un vero e proprio "pontefice", dotato di incredibili poteri assoluti e solitari, salvifici e persecutori. Istituire un gruppo con gli utenti, di cui occuparsi con uno psicologo tirocinante, utile a pensare le impertinenze e capace di integrare parti scisse, invece, diviene, un'azione interpretativa, un *analyseur*, un dispositivo in grado di inverare al contempo tracce di dimensioni istituzionali e la domanda di un difficile cambiamento culturale che passa anche attraverso il passaggio da un assetto personalistico ad uno più orientato all'attenzione alla relazione (Lapassade & Hess, 1971).

*L'intervento psicologico clinico come funzione per riconoscere variabilità.*

### *Eventi naturali e individui o relazioni e assetti collusivi? Dalla cronicità al desiderio*

Di certo nei Servizi di Salute mentale i gruppi per utenti proprio non mancano. Multifamiliari, di sostegno, per uditori di voci, sono solo alcuni tra i più diffusi. Queste esperienze sono pensate a partire da caratteristiche attribuite ai singoli partecipanti, raggruppati per sintomi e diagnosi, siano esse “psichiatriche” (es. pazienti psicotici) o “psicologiche” (es. pazienti con genitori evitanti, famiglie invischiati, etc.). Gli organizzatori espliciti sono dunque individuali, ma vi sono almeno due impliciti fondamentali che attengono al contesto: i gruppi di solito sono rivolti agli utenti di un Servizio o alle loro famiglie, quasi sempre afferenti unicamente al territorio di riferimento del Servizio. Le questioni “utente del servizio” e “abitante del quartiere x” però non arrivano mai alla “soglia di curiosità”: di fronte a grandi organizzatori quali le diagnosi e i sintomi, è molto raro pensare che variabili così “deboli” abbiano un qualche ruolo nel problema per il quale si istituisce il gruppo o, più in generale, nel rapporto tra Servizio ospitante ed utenza. Si potrebbe dire che, paradossalmente, entro il processo di territorializzazione questi aspetti siano vissuti come “naturali” tanto da fungere tutt'al più da “variabili illustrative”, “fatti” senza “effetti degni di nota”. Stessa sorte, spesso, tocca ai vissuti degli utenti entro il rapporto con gli operatori circa gli interventi. Se nel primo caso, però, si ha a che fare con “deboli variabili illustrative”, in questo secondo caso è diffusa l'idea che “ciò che prova l'utente” sia quasi esclusivamente *spiegabile* con le caratteristiche del suo “assetto mentale”, della sua diagnosi, della condizione sintomatica di uno specifico momento del decorso della malattia, delle dinamiche familiari, tutt'al più di un nuovo processo di istituzionalizzazione.

E se invece queste questioni contribuissero ad organizzare vissuti di malattia, utilizzo dei servizi, cultura degli interventi?

In questa cultura e rispetto alle altre attività del CD che, come si diceva, sono per di più orientate all'azione, il GP si propone quale discontinuità metodologica non solo in quanto “contesto di parola”.

Se prima “vecchia” e “nuova” utenza, attività “ordinarie” e “straordinarie”, “cronicità” e “innovazione” sono fatti per i quali attrezzarsi con nuovi fatti, affannandosi in attività, revisioni diagnostiche, riunioni, organizzazione di eventi esterni, ora con la progettazione del Gruppo acquisiscono un nuovo sapore. Progettare il gruppo è già mettere in dubbio la concretezza degli eventi, concedersi il lusso di “andare a vedere che vuol dire”. Se vogliamo cominciare a pensare che queste parole siano tentativi con cui si cerca di dare forma all'esplorazione del rapporto tra domanda dell'utenza e servizio offerto. La funzione psicologica costruita entro il tirocinio comincia così a connotarsi quale occasione per *denaturalizzare* categorie ed eventi, un processo mediante cui parlare simbolizzazioni affettive per riconoscere specificità entro il rapporto con il contesto piuttosto che invarianze individuali, recuperando la dimensione simbolica dell'esperienza vissuta da operatori e utenti nel CD.

Entro la cultura fattuale e fattiva del CD, poi, le attività sono “consigliate” ad alcuni piuttosto che a altri, ma sempre rivolte a tutti. Le attività pensate *ad hoc* vengono invece definite “progetti personalizzati” che, attivati mediante l'individuazione di una specifico problema o potenzialità, riguardano singoli utenti per i quali si ritiene necessaria l'assistenza intensiva di un operatore. Le stesse modalità con cui il CD accoglie gli invii non prevedono limiti o vincoli, se non quelli strutturali, di “capienza fisica” degli spazi, normati per legge. La partecipazione al gruppo, invece, passa attraverso una *proposta* di implicazione solo ad alcuni utenti, in particolare quelli che possiamo considerare interlocutori privilegiati, avendone permesso l'ideazione “ponendo un problema” al CD, condividendo racconti di vissuti e frammenti di vita “imprevisti” che sembravano chiedere attenzione “nuova”. Se vogliamo, il criterio con cui viene proposta la partecipazione al gruppo può esser identificato con il desiderio di un rapporto, con l'esistenza di una domanda. E questo desiderio è oggetto di attenzione entro la proposta di colloqui di committenza preliminari alla partecipazione al gruppo stesso e finalizzati alla individuazione di questioni da pensare insieme mediante il gruppo; colloqui trasgressivi essi stessi perché proposti e concordati entro un cultura che prevede che tutti, operatori e utenti, siano sempre a disposizione gli uni degli altri.

Carlo ha 28 anni; a 21 l'esordio psicotico e una lunga serie di ricoveri presso SPDC e strutture residenziali. Da un anno è ospite della CTR attigua al CD. La diagnosi di schizofrenia con sintomi catatonici, corredata da anoressia, è considerata un fattore grave che non fa sperare in miglioramenti, motivo per cui è trattato come un “utente storico”, uno di quelli che hanno trascorso

la maggior parte della propria vita in manicomio e per i quali si auspica solamente un dignitoso mantenimento dello status quo. E' difficile da coinvolgere in qualsiasi attività, non tanto perché rifiuti di partecipare quanto perché sembra farsi trascinare dagli eventi senza desiderio e senza il pathos di non averne. È un ragazzo alto circa un metro e novanta per cinquanta chili di peso. Guardarlo muoversi dà l'impressione di guardare un'effimera, uno di quegli insetti col corpo esile e lunghe zampe che ciondolano stanche e senza tono. Quando è nei locali dei Servizi passa la maggior parte del tempo seduto su un divano a guardare nel vuoto davanti a sé, con la schiena dritta, le gambe leggermente divaricate e le mani sulle ginocchia. Si alza solo quando invitato dagli operatori a raggiungere gli altri a mensa per i pasti, durante i quali non parla con nessuno.

Un giorno, invece, partecipa ad una gita al lago organizzata dal CD. Mi confida di essere triste. Mi colpisce l'uso di una parola "emozionata", un accenno di esistenza e partecipazione nel panorama di lunghe chiacchierate nei locali del Servizio in cui "La Depressione" è l'unica categoria con cui descriversi, quasi sia un'entità terza dominante, potente ed estranea. La tristezza è connessa all'aver perso il lavoro di barista presso un hotel, una attività che gli dava la possibilità di conoscere gente e sentirsi capace ma "troppi giorni di malattia, il ricovero... e eccomi qui, senza alternative...". Finalmente alle sue spalle immagino uno scenario: una divisa, tazzine da caffè, clienti, ordinazioni, colleghi; uno scenario che prende il posto dello sfondo bianco e senza profondità su cui l'ho sempre "visto", fluttuante e acontestuale come una icona bizantina.

Qualche tempo dopo, nel CD, lo incontro sul divano. Esattamente al "suo" posto, un piccolo incavo costruito in anni di rigide sedute. Guarda nel vuoto. Gli chiedo come vada e se posso prender posto accanto a lui. Una richiesta che sarebbe stata impossibile senza l'esperienza del lago. C. esce dalla sua cunetta per farmi posto e comincia a parlare. Si dice arrabbiato per una esistenza vuota e rassegnata, invidioso di un fratello "sano" e residente "fuori", all'esterno, che immagina felice e realizzato, pieno di amicizie e attività. Rosso in volto sembra tornare a calmarsi solo nominando la propria Depressione, sempre più vuota, angosciante, protettiva nei confronti di qualsivoglia variabilità ed emozione. Dopo un momento di silenzio, però, mi guarda e mi chiede se, nell'avvicinarmi, avessi qualcosa di cui parlare. Accenno al progetto del Gruppo, all'idea che possa essere un contesto per parlare tanto della depressione quanto di fratelli, lavori, tristezze ed invidie, e lo invito a prenderci un appuntamento per parlarne in modo più approfondito. "Un appuntamento?! Ma tanto sto sempre qua!". Ci accordiamo per il martedì successivo alle 18.

Carlo arriva all'appuntamento con 15 minuti di ritardo. Entrando si scusa dicendo di non rendersi conto del tempo che passa entro giornate tutte uguali a causa della malattia. Le sue parole paiono angoscienti nel contenuto ma il modo con cui ne parla sembra inerte e collaudato. Se non l'avessi visto "capace di essere triste" e di "essere invidioso" avrei forse ceduto alla tentazione di disambiguare la situazione pensando l'assenza di emozione solo come "sintomo" del tipo di schizofrenia diagnosticata.

"Sono solo un fantasma che aspetta la fine di questa vita. Esisto non vivo...guardo gli altri farlo. Ho pensato di togliermi la vita ...".

"Perché non lo hai fatto?" gli chiedo.

"Cosa?!"

"Perché non ti sei suicidato, intendo! Mi colpisce il fatto che ti dici essere fuori dalla vita, ti proponi di interromperla ma oggi sei qui a parlare di un progetto con me e un progetto prevede che esista un futuro..." oso, con una provocazione che forzi la cornice di falsità in cui sento che il colloquio si sta costringendo.

Spunta un sorriso malizioso come quello di un bambino scoperto a "mentire". Carlo si dice curioso del domani riconoscendo la possibilità che, a volte, come questo incontro concordato, accadano cose impreviste, cose da cui si dice essere attratto e spaventato. Appena sfiorata la possibilità torna, però, il linguaggio affettato, ricercato, anaffettivo usato fino a poco prima. Condivido la sensazione di un viraggio violento e mi dichiaro infastidita. "Parlo con te come con i dottori del CSM, come parlo a tutti gli psicologi e gli psichiatri che ho incontrato, vi aiuto a trovare quello che cercate". Provo a mostrare la possibilità di un rapporto alternativo all'assecondare le fantasie dell'altro

chiedendo come mai abbia scelto di incontrarmi. Carlo si arrabbia ma poi sembra riuscire a riconoscere di aver partecipato ad una proposta, a riappropriarsi della curiosità come occasione per pensare un futuro. A pochi minuti dalla conclusione dell'incontro faccio una sintesi delle linee guida del gruppo provando a recuperare alcuni passaggi del nostro rapporto. Mi guarda in silenzio e non accenna ad alzarsi. Ho la sensazione che voglia rimanere a parlare. Esce dalla porta ripetendo a bassa voce la data di inizio del gruppo.

Proporre, concordare, fare ipotesi insieme si connotano, in questo contesto, quali azioni trasgressive, interpretative, capaci di attivare cambiamenti imprevisti e sollecitare, anche nel rapporto con gli utenti "più gravi", la possibilità di mettere in discussione la certezza di "sapere come andrà a finire", rimettendo dentro l'ordinario del Servizio i discorsi "straordinari" condivisi in un altrove che li rendeva poco pensabili.

Carlo è sul solito divano. Gli chiedo come vada. Si sente "così e così", né bene né male, "a metà". Dice di aver smesso di leggere il vangelo, che ha bisogno di qualcosa di nuovo. Dopo il nostro incontro ha trovato un romanzo fantasy nella libreria della CT, un romanzo che parla di due mondi. Un mondo alieno, con una popolazione dotata di poteri speciali, e un mondo umano, fatto di persone normali. La popolazione aliena è capace di sentire cose che gli umani non riescono a percepire. Dice di essersi fermato al punto in cui questa popolazione ha deciso di inviare sulla Terra una "navicella-ponte" per poter esplorare il mondo umano. Il protagonista è un ragazzo che scopre di essere meticcio e cerca di ricostruire il senso delle sue due appartenenze.

Mentre Carlo parla mi viene da sorridere. Sento che il discorso e la scelta del libro non sono casuali, che l'interesse per questa lettura e il modo in cui me la racconta hanno un legame con il nostro colloquio e la partecipazione al Gruppo Ponte. L'ipotesi che faccio è che aver partecipato ad un contesto "insaturo", all'offerta di un "contenitore vuoto" di finalità ma orientato da un metodo e dall'obiettivo di esplorare relazioni abbia attivato desideri e risorse capaci di nuove possibilità di sviluppo.

### *Dentro e fuori i Servizi. Dall'agito al senso*

Nel Gruppo Ponte si trovano insieme utenti con storie di rapporto con il Servizio molto diverse tra loro ma la prima posizione assunta pare essere la negazione della differenza: per *tutti* "dentro" e "fuori" i Servizi sono momenti successivi l'uno all'altro, uno spazio-tempo lineare e dicotomico sovrapposto ad un'altra dicotomia: "malattia" e "salute". Ciò che ci si aspetta dal gruppo è guarire, ovvero "uscire definitivamente". Quando questo non sia possibile la rivendicazione diviene politica, orientata alla conquista di diritti civili non meglio specificati. La strada è ben chiara: *mostrare all'esterno* le proprie capacità. Proliferano i racconti di premiazioni, spettacoli, conferenze organizzate dal Dipartimento a cui gli utenti hanno partecipato esibendo le proprie capacità "acquisite nei laboratori del CD" o "possedute da sempre" e valorizzate dal CD stesso. Alla desiderabilità del fuori si contrappone l'esistenza di un dentro mortifero in cui si rischia di impazzire, "l'ha detto pure Basaglia!" ricorda qualcuno.

Pare che l'inizio del gruppo mostri organizzatori culturali condivisi con l'equipe del Servizio: i miti dell'uguaglianza, del prestigio, del "fuori" come salvezza. Questione centrale diviene, nel tempo, la parlabilità del rapporto con la "malattia mentale" e questa, a sua volta, occasione per parlare del rapporto con il contesto. Abbiamo visto come, presa nel vuoto e nella declinazione di mandato messa in atto dal nostro CD, essa sia divenuta un oggetto "enorme", mostruoso, da esorcizzare, *fare fuori*. Non solo. Il patto collusivo tra struttura, utenza e territorio, istituito entro gli stessi decreti legge summenzionati, prevede che compito della strutture territoriali sia anche la prevenzione della crisi e del ricovero nelle strutture ospedaliere deputate ad occuparsene. La crisi è, quindi, significata a monte quale evento da evitare tanto quanto il ricovero ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it))<sup>2</sup>.

---

2 Cfr.: DPR 4 aprile 1994.

Gianni per circa un anno frequenta il gruppo alternando periodi di presenza assidua, interessata e interessante, e lunghe assenze durante le quali si chiude in casa, davanti al pc nella sua cameretta. L'equipe del CD, con l'idea di coinvolgerlo entro un progetto alternativo alla solitudine domestica, gli propone, con l'appoggio della famiglia, di tornare al Servizio in qualità di conduttore del laboratorio di informatica: le sue competenze tecniche, infatti, sono tali da consentirgli di sostituire e affiancare il maestro d'arte titolare del corso.

A circa un mese dall'avvio del laboratorio compaiono deliri e allucinazioni, tentativi di suicidio, attacchi fisici e verbali rivolti ad operatori e utenti. Una crisi psicotica violenta, intensa, faticosa. L'equipe, però, ritiene che un ricovero in SPDC possa compromettere ulteriormente gli sviluppi che, piano piano, Gianni sta costruendo nella sua vita. Si opta per una soluzione "straordinaria": per il tempo della crisi, Gianni sarà ospite della CTR attigua al CD, al fine di facilitare l'intervento dei sanitari rispetto ad una impossibile permanenza domestica e, al contempo, evitando una esperienza di "chiara medicalizzazione" quale il ricovero.

Sintomo principe della crisi un delirio in cui il soffitto e il pavimento sembrano invertirsi. "Non riesco a condividere con gli altri le cose basilari!" lamenta il paziente sdraiato sul letto, contenuto dai suoi occhi chiusi e dalla presenza del responsabile del CD di fronte a lui. "Una situazione di perplessità psicotica" gli spiega quest'ultimo, rassicurando circa l'esistenza di un nome per quel fenomeno, divenuto così apparentemente meno disorientante ed estraneo.

Il "ricovero-non ricovero" è un evento ambiguo, straordinario e faticoso per tutto il Servizio, reso ancora più complesso dalle richieste della famiglia che, preoccupata e confusa, giunge al CD "quando vuole", non essendo previsti dal tipo di struttura "orari di visita". Entro questo panorama lo psichiatra mi propone di "provare" ad utilizzare il contesto del GP quale ulteriore contenitore in grado di tenere la confusione e le spinte auto ed eteroaggressive del paziente, un modo per "farlo stare con gli altri, sott'occhio ma non troppo".

Nel gruppo Gianni racconta frammenti di esperienza familiare difficile, in cui i confini sono continuamente violentati e confusi, e cambiamenti entro i Servizi con cui sembra aver avuto difficoltà poco prima della crisi. Esser divenuto "conduttore" del laboratorio di informatica, in particolare, viene raccontato come evento capace di mettere in discussione l'assetto delle relazioni con utenti e operatori fino a scardinare alcuni riferimenti di base della propria identità nel contesto del CD. "Inversione" e "perplessità", così, non sono più solo categorie con cui diagnosticare sintomi ma cominciano a divenire oggetti manipolabili, nomi mediante cui comprendere emozioni ed esperienze nel contesto (Bianco et al., 2013).<sup>3</sup>.

Con il lavoro del Gruppo, dunque, la crisi stessa comincia a connotarsi quale "evento critico" mediante cui parlare rapporti con il contesto. I partecipanti iniziano un lento e delicato lavoro di riconoscimento: del tempo, dello status di vissuto di alcuni elementi significati fino a quel momento come fatti, di emozioni condivise piuttosto che sintomi privati. Il rapporto con i Servizi, ad esempio, non esiste da sempre e non è stato sempre lo stesso. Ci sono stati ricoveri, eventi, esperienze che hanno avviato il rapporto. Ci sono TSO, prima raccontati "solo" con rabbia, in cui si riconosce una componente di dolorosa volontarietà, di sollievo, in quanto occasione con cui interrompere circoli viziosi o allontanarsi da situazioni problematiche.

Spesso, però, nel gruppo la parola non è la premessa dello scambio. Potremmo dire che più spesso è il prodotto di un discorso che passa anche attraverso il corpo e le azioni. E' il contesto del gruppo, poi, a permettere a questi eventi di diventare significanti intelligibili.

Enzo ha 25 anni. Da tre è presidente di una associazione culturale che offre servizi informativi, aggregativi e ricreativi attorno al tema della promozione della salute mentale. Ha una diagnosi di

---

3 Alcuni passaggi di questa esperienza sono stati oggetto di attenzione nell' articolo dei *Quaderni* citato nel testo: Il gruppo: una revisione dello stato dell'arte attraverso esperienze di giovani psicologi.

epilessia con lieve ritardo mentale. È in carico al CSM di un quartiere vicino con cui intrattiene rapporti per la revisione periodica della terapia farmacologica. Il CD del quartiere di provenienza lo ha dimesso ritenendo che le attività proposte non fossero utili “visto l’alto funzionamento sociale e la matrice organica del suo disturbo”. Attualmente ha rapporti con il CD MS perchè è questo ad aver promosso la fondazione dell’associazione e ospitare gran parte delle iniziative, e alcuni operatori ed utenti sono tuttora iscritti. Mi viene segnalato dalla equipe del CD nell’idea che la partecipazione al gruppo lo sostenga nella funzione di presidenza.

Enzo si presenta come una figura ambigua. Un ragazzone alto, in tuta, con una ventiquattre al seguito. Il volto è infantile e barbuto, il linguaggio lento e balbettante ma sempre molto acuto e appropriato. Agli incontri del gruppo partecipa parlando da presidente premuroso: ascolta in silenzio eventi, sogni, problemi, sintomi raccontati dagli altri, quasi tutti iscritti all’associazione da lui presieduta. Interviene flemmatico proponendo interpretazioni originali e ipotesi rasserenanti.

In un incontro, però, a seguito della crisi di Gianni, qualcuno lo provoca chiedendogli esplicitamente di “parlare di sè”, dei suoi problemi. Enzo inizia dicendo di partecipare al gruppo in qualità di presidente e di ascoltare i suoi associati. Ad un tratto, però, un problema sembra esserci. Ricorda come le assemblee dell’associazione siano sempre partecipate esclusivamente dagli iscritti-utenti, mai dagli associati-operatori dei servizi di salute mentale. Comincia ad affiorare il sospetto che non ci sia un vero interesse attorno a cui collaborare. Enzo, arrabbiato, dichiara di volersi dimettere dalla funzione di presidente e da quella di partecipante al gruppo. Dopo un breve silenzio inizia a guardare nel vuoto, si stropiccia il viso come a voler rimuovere un fastidio. Controlla l’orologio ossessivamente preoccupato che si sia fermato. La prima idea che circola nel gruppo è quella che si stia preparando una “crisi epilettica”, una situazione “organica” che piomba dal nulla a cui non ci si sente pronti. Enzo cambia sedia prendendo posto su una vuota accanto a quella utilizzata finora ed emette versi gutturali come in un conato, mentre prova a togliersi qualcosa dalla faccia, con un gesto simile a quello che si farebbe per sfilare una maschera incollata alla pelle. In questa spasmodica sequenza afferma di essere confuso, di non essere così certo che le cose abbiano un solo significato, di sentirsi male, inadeguato.

Le domande degli altri partecipanti permettono ad Enzo di ricordare come si sia sentito inadeguato in varie occasioni in cui, entro il ruolo di presidente, alla richiesta di riscontri dagli associati-operatori circa le assenze alle assemblee abbia ricevuto come risposta l’intento di “lasciare che gli utenti siano autonomi”; o quando, dagli stessi associati-operatori, sia stato invitato a “dimettersi per un po” in prossimità di crisi o ricoveri, consigli vissuti come certificazioni di impossibilità a poter stare male e, al contempo, avere una funzione.

Negli incontri successivi la crisi nel gruppo diviene così non solo occasione per parlare del rapporto con la malattia prima indicibile, ma anche *messa in scena* del fallimento di un patto collusivo organizzato attorno ad un falso. Se divenire tutti soci di una associazione significa riorganizzare il rapporto attorno ad una “cosa terza”, essere assenti alle riunioni organizzative e motivare l’assenza con l’intento di “lasciare che gli utenti siano autonomi” significa recuperare, agendola, una differenza di funzione che si pretende di poter negare ma a cui, forse, si attribuisce anche un senso senza riuscire a riconoscerlo.

A partire da questi spunti il gruppo comincia a ripensare alcune questioni.

Il rapporto con gli operatori comincia ad essere letto, in un primo momento, in termini di gerarchia persecutoria: non più tutti uguali uniti contro un nemico esterno o per un bene comune ma rapporti organizzati attorno al potere dell’uno sull’altro. Un potere raccontato con le facce dei ruoli familiari (operatore-genitore e utente-fratello) e quelle della lotta politica (operatore-padrone vs utente-operaio). Come nel caso della crisi per la malattia mentale, però, parlare le dinamiche di potere ha significato svelarne l’esistenza entro una cultura orientata all’agito della differenza di potere e al contempo alla sua negazione. Questo processo le ha rese riconoscibili, inaugurando la possibilità di ripensare l’asimmetria non in termini di potere dell’uno sull’altro ma di differenza di funzione entro un contesto.

Le esperienze dei laboratori vengono riconosciute come occasioni in cui sviluppare competenze ma anche

come situazioni diverse e non alternative al frequentare palestre o botteghe nel territorio. La differenza tra dentro e fuori smette di essere persecutoria se pensata in rapporto all'appena riconosciuta esigenza di contenimento e dotazione di senso connessa all'esperienza di malattia entro i propri contesti di convivenza e nel Servizio.

Recuperare la verità emozionale e la possibilità di "essere malati" come sinonimo di variabilità ha permesso di cominciare a ripensare la partecipazione alle attività del CD: non più dimostrazioni per una società impregnata di stigmi, non "prescrizioni/consigli" elargiti da un potere da cui dipendere o da cui fuggire, ma scelte connesse a progetti e desideri che è possibile coltivare dentro e fuori dei Servizi. Laurearsi, insegnare inglese, specializzarsi in arti marziali, partecipare a situazioni goliardiche, conviviali, acquisire competenze tecniche e relazionali divengono possibilità intrecciate alla malattia secondo combinazioni imprevedibili, senza assetti o finalità precostituite ma questioni da esplorare, linguaggi con cui parlano rapporti.

### *Il Gruppo Ponte, l'equipe e la domanda alla psicologia*

Si diceva che il Gruppo Ponte può esser considerato un *analyseur*, un dispositivo che inverte, al contempo, miti, fallimenti collusivi e tracce di sviluppo del contesto organizzativo. Un pretesto mediante cui inventare un modo per leggere e intervenire nel contesto.

All'inizio lo statuto attribuito al Gruppo dall'equipe è stato quello di "attività *uguale* alle altre", da *consigliare* assieme a yoga, capoeira, teatro. Un laboratorio innovativo e insieme "già visto" nelle precedenti esperienze di gruppo, disancorato da domande ma valido perchè sostenuto dal responsabile.

Nel tempo la simbolizzazione con cui è stato vissuto, però, si è lentamente arricchita. Nelle riunioni di equipe, per esempio, si è tentato di condividere l'esperienza degli incontri con gli utenti attraverso il resoconto, strumento e metodo che consente di produrre tracce e letteratura sull'esperienza. Non solo occasione per rendere conto delle questioni emerse, dunque, ma anche utilizzo di queste stesse questioni come categorie di lettura per pensare lo stato dell'arte del rapporto tra utenza e servizio. Resocontare significa promuovere un metapensiero sull'esperienza entro un rapporto organizzato da una domanda, rendere leggibili modelli organizzativi, insomma è intervenire entro un rapporto (Carli, 2007; Giovagnoli, 2008). Resocontare il gruppo ad esempio ha consentito di fare ipotesi su frammenti di vita del Servizio altrimenti impercettibili o letti in base a diagnosi individuali, proponendo invece categorie di lettura del contesto. Ricordo a tal proposito come una utente, studentessa universitaria reduce da un ricovero in SPDC, appena arrivata al CD utilizzasse l'ufficio degli operatori come disimpegno per posare cappotto e borsa o cercare di fare conversazione. Nelle riunioni di equipe il suo comportamento era dapprima descritto con simpatia poi come grave sintomo di non accettazione della propria malattia. D'altro canto, però, era invitata dagli stessi operatori a parlare esclusivamente dei suoi viaggi all'estero e della sua formazione, fino a quando una infermiera le chiese di intervenire *in qualità di tirocinante* nella disputa tra due utenti. Poco dopo mi si chiese di *parlarci* a seguito di comportamenti che facevano sospettare un suicidio. La giovane donna, già affaticata nel tentativo di dare senso all'esperienza del ricovero e di quanto lo aveva reso possibile in rapporto alla propria vita quotidiana, trovava nel contesto del CD una cultura che cavalcava la scissione tra normale e patologico: invitarla a mostrare capacità e risorse da un lato, stupirsi per la sua confusione, immediatamente significata quale preoccupante caratteristica individuale dall'altro. Attraverso la resocontazione dell'esperienza del gruppo fu possibile rintracciare nel rapporto con il contesto indizi utili per comprendere la confusione tra operatori e utenti di cui la ragazza si faceva interprete, mediante il ricorso a nuove categorie con cui parlare i modelli di rapporto profondamente radicati nella cultura del Servizio.

Il gruppo diviene, dunque, attraverso la resocontazione, strumento con cui trattare *emergenze*. Ma anche l'emergenza, se guardata attraverso categorie capaci di leggere il rapporto individuo-contesto, possono divenire "ciò che emerge", forma con cui Servizio e utenza divengono reciprocamente visibili, vale a dire "punto di partenza" da cui "andare a vedere" rispetto a cosa sviluppare un rapporto altrimenti orientato dal solo mandato e dai valori che lo accompagnano.

Insieme alla introduzione della resocontazione nell'esperienza nelle riunioni di equipe altri cambiamenti ridefiniscono il rapporto tra CD, CCSSMM invianti, lo studio SPS e me. Come si accennava in apertura, il

rapporto tra il Servizio e chi scrive ha mutato le proprie coordinate da tirocinio a collaborazione libero professionale finanziata da fondi di cui i CCDD dispongono per attività integrative e che spesso riservano prevalentemente per attività *esterne* quali viaggi o manifestazioni culturali. Una allocazione di fondi che, alla luce di quanto emerso fin qui, pare un investimento nella direzione di una ridefinizione delle premesse con cui il CD pensa il proprio intervento: non più solo attività esterne e innovative ma occasioni di pensiero con cui costruire criteri di progettazione. Nello stesso periodo, poi, lo Studio di Psicopsicologia propone quality group in cui gli operatori afferenti a vari servizi provano a mettere in gioco i riferimenti culturali che orientano il proprio lavoro e rispetto a cui SPS propone ipotesi di intervento; io stessa inizio un tirocinio in uno dei CSM da cui il CD riceve invii. In virtù di questo nuovo progetto formativo partecipo alle riunioni tra servizi afferenti alla stessa UOC<sup>4</sup> e alle loro attività di supervisione proponendo, a partire dalla esperienza del gruppo ponte, alcune ipotesi utili alla ridefinizione del rapporto tra servizi e richieste del territorio. Se fino a questo momento invii e richieste al gruppo sono state mosse prevalentemente dal responsabile, ora anche altri operatori cominciano a pensare il gruppo come servizio per il CD, ponendo domande in base a “problemi incontrati da una funzione”. In particolare gli operatori che si occupano di accoglienza guardano al gruppo come risorsa capace di integrare la prassi di ingresso al Servizio, chiedendo non solo “inserimenti” ma anche occasioni di scambio in cui “parlare di casi”. Stessa dinamica comincia a coinvolgere i CCSSMM invianti, che guardano al gruppo come “attività di accoglienza”.

Ad oggi, quindi, pare che il modello di lettura delle relazioni e le categorie costruite in rapporto al contesto siano state capaci di innescare piccoli movimenti entro una cultura che, altrimenti, sembra avvitarci problematicamente su se stessa. I CCSSMM invianti, ad esempio, sembrano intervenire offrendo risposte esclusivamente tecniche. Gli psicologi, in particolare, rinunciano ad una specificità professionale connessa alla competenza a trattare relazioni e, presi entro un falso conflitto di potere con gli psichiatri, si accontentano di distribuire diagnosi “freudiane”, “sistemiche”, “comportamentiste”, “analitiche”. Diagnosi psicologiche che vanno a giustapporsi a quelle psichiatriche inaugurando interventi multiprofessionali in cui si fa “come se” ci si scambiassero ipotesi ma proseguendo, di fatto, ciascuno per la propria strada predefinita dalla tecnica stessa. Si innesca così una frammentazione della domanda a cui l’utenza *reagisce* mediante abbandoni, rivenicazione del diritto di cambiare terapeuta ogni quindici giorni, denunce, regali insistenti. Esempio a tal proposito il caso di una donna in carico a ben tre terapeuti per due anni, situazione avallata da una gestione amministrativa delle cartelle cliniche che inverte le scissioni tra interventi e servizi, e resa visibile da un “lapsus” della donna stessa che, portando al terapeuta di turno un appunto scritto da un altro operatore, rivela l’esistenza di più interventi “in parallelo” messi in atto dal medesimo CSM.

Ma l’utenza, come abbiamo visto pare non essere l’unica a reagire. Lo stesso CD, pescando nella storia istituzionale e nei miti dei servizi territoriali, reagisce alla tecnicità proposta dai CSM e ai rigurgiti medicalizzanti che coinvolgono in questo momento storico i Servizi di Salute Mentale, opponendo la fantasia di poter dimostrare all’esterno “possibilità” attraverso l’investimento su parti sane scisse da parti malate. D’altro canto, però, l’invio al CD pare oggi un tentativo di ricomposizione della frammentazione della domanda. Attraverso il progetto del gruppo ponte, il CD sembra ripensare la propria identità di struttura intermedia non in termini “concreti” di connessione tra dentro e fuori i servizi, quanto piuttosto di struttura ineffabile, duttile, capace di proporre interventi a partire da domande.

## Conclusioni

Attraverso questo contributo si è tentato di condividere esperienze e categorie con cui la psicologia può e interviene entro contesti organizzativi. Nei Servizi di Salute Mentale sembra essere chiaro di cosa ci si

---

4 L’Unità Operativa Complessa (UOC) è una struttura dotata di una propria autonomia funzionale in ordine al mandato di competenza. L’area di responsabilità e intervento corrisponde ad un territorio variamente definito in base alla organizzazione amministrativa di riferimento. Raggruppando al proprio interno servizi specifici e Unità Operative Semplici opera in integrazione con territorio, strutture territoriali e ospedaliere secondo le linee guida rese note dal Dipartimento di Salute Mentale.

occupa e predefinito cosa si farà, una idea a cui gli psicologi contribuiscono non poco. Ma l'esperienza resocontata ci sembra deporre a sfavore di questa ipotesi. Ci sembra piuttosto che le organizzazioni che si occupano di malattia mentale si confrontino oggi con la necessità di ripensare le premesse con cui intervengono, a partire da un paradigma individualista che si tenta, a forza, di conciliare con una territorializzazione dei servizi a sua volta idealizzata e poco pensata. La funzione psicologica quando non la si pretenda giustapposta ad altre ma capace di pensare le risorse in gioco, provandosi a dare senso a impertinenze in termini di problemi di rapporto, diviene occasione per la professione ed i contesti stessi con cui ha a che fare. In altri termini, nel caso specifico, il Centro Diurno non ha mai smesso di fare ciò che fa divenendo altro da sé; si è trattato piuttosto di continuare a fare quello che si faceva provando a sospendere alcune simbolizzazioni in grado di reificare in oggetti asfittici e mortiferi questioni altrimenti leggibili, a cui approcciare ampliando con qualche grado di libertà le possibilità di rapporto. Pensare il futuro piuttosto che dimostrare rivendicativamente "possibilità sottratte dalla storia al malato mentale" ha consentito, ad esempio, di leggere la domanda di quegli utenti che, più di altri, avevano necessità di sentire accolta e riconosciuta la propria "parte malata". Una parte malata che, non giudicata, si è rivelata simbolo di variabilità, cartina di tornasole capace di mettere in evidenza aspetti critici di rapporti e contesti di convivenza altrimenti negati nella loro qualità stessa di relazioni significative. In particolare il rapporto tra utenza e servizio è divenuto oggetto di attenzione e strumento stesso con cui orientare l'offerta, entro uno sviluppo possibile sostituendo a valori e rivendicazione un modello che contempla il rapporto individuo-contesto come categoria di verifica del proprio operare.

### Bibliografia

Basaglia, F. (1968). *L'istituzione negata* [The denied institution]. Torino: Einaudi.

Bianco, S., Casuccio, F., Chimienti, A., Di Ruzza, F., Lopolito, L., Olivieri, P. ... Paniccia, R.M. (2013). Il gruppo: una revisione dello stato dell'arte attraverso esperienze di giovani psicologi [Group: state of the art review through young psychologists' experiences]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 31-54. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Carli, R. (2007). Notazioni sul resoconto [Notes on the report]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 186-206. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Carli, R. (2008). Il resoconto e la diagnosi [Report and diagnosis]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 154-170. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza. L'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto* [The culture of mental health services in Italy. From psychiatric patients to new users. The evolution of demand for help and of relational dynamics]. Milano: FrancoAngeli.

Fiorino, V. (2002). *Matti, indemoniate, vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*. [III, possessed, homeless people. Dynamics of mental asylum internation between the nineteenth and twentieth century]. Venezia: Marsilio.

Fiorino, V. (2011). *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)* [Workrooms of madness. The phrenology center of Volterra (1888-1978)]. Pisa: ETS.

Giovagnoli, F. (2008). Resocontazione come intervento psicologico clinico [Report as psychological clinical intervention]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 171-175. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Goffman, E. (1968). *Asylums. Le istituzioni totali. I meccanismi dell'esclusione e della violenza*. [Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates] (F. Basaglia, Trans.). Torino: Einaudi. (Original work published 1961)
- Lisci, E., & Baraldi, D.(2012). La cronicizzazione come possibile risultante del rapporto tra servizi e utenza [Chronicization as potential result deriving from the relationship between services and users]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 49 – 62. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Maone, A., & Ducci, G. (1994). *La sfida della cronicità. Tempi della psicosi e tempi dell'intervento riabilitativo nei Centri Diurni* [The challenge of chronicity. Time of psychosis and time of rehabilitative intervention in Day Care Centers]. Milano: FrancoAngeli.
- Taroni, F. (2011). *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica* [Health policies in Italy. The future of National Health Service within a historical perspective]. Roma: Il pensiero scientifico.
- Lapassade, G., & Hess, R. (1971). *L'analyseur et l'analyste* [The analyzer and the analyst]. Paris: Gautier-Villars.

#### *Riferimenti normativi*

- DPR 4 aprile 1994, *Gazzetta Ufficiale* n° 93 del 22/04/1994. Progetto obiettivo "Tutela Salute Mentale 1994-1996". Retrieved from <http://www.salute.gov.it>
- DPR 1 novembre 1999, *Gazzetta Ufficiale* n° 274 del 22/11/1999. Progetto obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000" Retrieved from <http://www.salute.gov.it>